

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### 1. Deskripsi data

Kilas balik lahirnya STIKES A. Yani Yogyakarta diawali dari berdirinya UNJANI (Universitas Jenderal Achmad Yani) Cimahi Bandung pada tahun 1984 dan diikuti dengan berdirinya AKPER (Akademi Keperawatan) Jenderal Achmad Yani Cimahi pada tahun 1984 dan meleburkan diri menjadi STIKES A. Yani Cimahi. Pada tahun 2002 Yayasan Kartika Eka Paksi (YKEP) berkeinginan memberikan pengabdian kepada masyarakat lebih diperluas lagi bukan hanya mencakup wilayah Jawa Barat tapi Jawa Tengah, Nasional bahkan Internasional untuk akuntabilitas manajemen sesuai dengan tuntutan zaman. Kemudian berdirilah STIKES A. Yani Yogyakarta.

STIKES A. Yani Yogyakarta berdiri pertama kali pada tanggal 15 Juni 2006 di Ngaglik, Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta dengan Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan dan Program Studi D-III Kebidanan.

Mengembangkan tenaga perawat yang profesional melalui peningkatan kemampuan *softskill*, komunikasi terapeutik, berkomunikasi bahasa inggris aktif, penguasaan IPTEK dan pengembangan jiwa kepemimpinan dan patriotisme merupakan salah satu misi STIKES A. Yani Yogyakarta. Untuk mewujudkannya, STIKES A. Yani Yogyakarta tidak hanya memberikan pendidikan kesehatan melalui pelatihan, seminar maupun kuliah tetapi juga memberikan fasilitas melalui gedung, ruang laboratorium, komputer, perpustakaan dan sebagainya sehingga terbentuklah tenaga perawat profesional yang mengikuti perkembangan ilmu kesehatan.

##### 2. Pelaksanaan Pendokumentasian Rencana Asuhan Keperawatan secara Manual

Peneliti menyediakan kasus simulasi, format dokumentasi, dan buku NANDA, NIC, dan NOC. Responden melakukan pendokumentasian rencana asuhan keperawatan sesuai kasus simulasi secara manual/tulis tangan pada

format yang disediakan. Rencana asuhan keperawatan yang disusun meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan.

3. Pelaksanaan Pendokumentasian Rencana Asuhan Keperawatan dengan Menggunakan Prototipe Sistem Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Peneliti menyediakan kasus simulasi dan komputer yang dapat mengakses prototipe sistem dokumentasi asuhan keperawatan. Responden melakukan pendokumentasian rencana asuhan keperawatan sesuai kasus simulasi dengan prototipe sistem dokumentasi asuhan keperawatan. Rencana asuhan keperawatan yang disusun meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan.

4. Data Hasil Perhitungan Lama Waktu Dokumentasi Rencana Asuhan Keperawatan.

Dokumentasi rencana asuhan keperawatan yang sudah selesai, kemudian dikumpulkan untuk dilakukan observasi. Data yang hasil observasi dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.1.

Distribusi Frekuensi Rata-rata Lama Waktu Penyusunan  
Rencana Asuhan Keperawatan

Aspek yang Dinilai	Kelompok Kontrol	Kelompok Eksperimen
Pengkajian Keperawatan	92.7 menit	94.5 menit
Diagnosa Keperawatan	28 menit	11.9 menit
Perencanaan Keperawatan	48 menit	19.4 menit
Total	168.7 menit	125.8 menit

(Data primer, 2012)

Berdasarkan tabel 4.1 dapat dilihat bahwa rata-rata lama waktu penyusunan pengkajian keperawatan oleh kelompok kontrol yang berjumlah 10 mahasiswa adalah 92.7 menit, sedangkan rata-rata lama waktu penyusunan pengkajian keperawatan kelompok eksperimen yang berjumlah 10 mahasiswa adalah 94.5 menit. Rata-rata lama waktu penyusunan diagnosa keperawatan oleh kelompok kontrol adalah 28 menit, sedangkan kelompok eksperimen adalah 11.9 menit. Rata-rata lama waktu penyusunan perencanaan

keperawatan oleh kelompok kontrol adalah 48 menit, sedangkan kelompok eksperimen adalah 19.4 menit. Secara keseluruhan rata-rata lama waktu penyusunan rencana asuhan keperawatan oleh kelompok kontrol adalah 168.7 menit, sedangkan kelompok eksperimen adalah 125.8 menit.

5. Data Hasil Perhitungan Kualitas Dokumentasi Rencana Asuhan Keperawatan.

Tabel 4.2.

Kualitas Dokumentasi Rencana Asuhan Keperawatan  
Tahap Pengkajian Keperawatan

No	Aspek yang Dinilai	Kelompok Kontrol		Kelompok Eksperimen	
		Skor	%	Skor	%
1	Mencatat data yang dikaji sesuai pedoman	10	100	10	100
2	Pengkajian data mencakup:				
	a. Data biografi pasien dan penanggungjawab	10	100	10	100
	b. Riwayat sebelum sakit	10	100	10	100
	c. Riwayat penyakit sekarang	10	100	10	100
	d. Riwayat kesehatan keluarga	10	100	10	100
	e. Keadaan psikososial	10	100	10	100
	f. Pola fungsional	10	100	10	100
	g. Pemeriksaan fisik	10	100	10	100
3	Data dikelompokkan berdasarkan data subjektif dan objektif	10	100	10	100
4	Data dikelompokkan berdasarkan data dasar dan data terfokus	10	100	10	100
5	Data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang	-	-	-	-

No	Aspek yang Dinilai	Kelompok Kontrol		Kelompok Eksperimen	
		Skor	%	Skor	%
6	Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan normal dan pola fungsi fungsional:				
	a. Membandingkan dengan standar asuhan keperawatan	8	80	10	100
	b. Masalah disusun dalam daftar masalah	10	100	10	100
	c. Masalah diprioritaskan menurut tingkat kebutuhan Maslow	10	100	10	100
	Total	118	90,77	120	92,31

(Data primer, 2012)

Dari tabel 4.2 dapat disimpulkan bahwa dari 10 dokumen yang disusun oleh kelompok kontrol yang dinilai diketahui bahwa aspek yang dinilai telah sesuai dengan prosedur pendokumentasian tahap pengkajian keperawatan didapatkan skor 118 atau 90,77%, sedangkan 10 dokumen yang disusun oleh kelompok eksperimen didapatkan skor 120 atau 92,31%.

Tabel 4.3.

Dokumentasi Rencana Asuhan Keperawatan  
Tahap Diagnosa Keperawatan

No	Aspek yang Dinilai	Kelompok Kontrol		Kelompok Eksperimen	
		Skor	%	Skor	%
1	Diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan masalah yang telah ditemukan :				
	a. Perumusan jelas dan singkat	7	70	10	100
	b. Spesifik dan akurat	8	80	10	100
	c. Dapat dilaksanakan oleh perawat	10	100	10	100

No	Aspek yang Dinilai	Kelompok Kontrol		Kelompok Eksperimen	
		Skor	%	Skor	%
2	Diagnosa keperawatan mencerminkan PE/PES				
	a. Spesifik dan akurat	8	80	10	100
	b. Dapat merupakan pernyataan dari penyebab	10	100	10	100
	c. Menggambarkan respon pasien terhadap proses penyakit, kondisi dan situasi	10	100	10	100
	d. Berorientasi pada kebutuhan dasar manusia	10	100	10	100
	e. Berubah bila respon pasien berubah	-	-	-	-
	f. Dapat dilakukan oleh perawat	10	100	10	100
3	Merumuskan diagnosa keperawatan aktual dan potensial (risiko) :				
	a. Diagnosa aktual bersifat nyata, ada penyebab dan ada tanda/gejala	9	90	10	100
	b. Diagnosa potensial bersifat kemungkinan dan ditulis hanya masalah dan penyebab	9	90	10	100
	c. Dapat diatasi dengan intervensi keperawatan	9	90	10	100
	d. Mengarah pada fungsi mandiri perawat	9	90	10	100
	Total	109	83,85	120	92,31

(Data primer, 2012)

Dari tabel 4.3 dapat disimpulkan bahwa dari 10 dokumen yang disusun oleh kelompok kontrol yang dinilai diketahui bahwa aspek yang dinilai telah sesuai dengan prosedur pendokumentasian tahap diagnosa keperawatan didapatkan skor 109 atau 83,85%, sedangkan 10 dokumen yang disusun oleh kelompok eksperimen didapatkan skor 120 atau 92,31%.

Tabel 4.4.  
 Dokumentasi Rencana Asuhan Keperawatan  
 Tahap Perencanaan Keperawatan

No	Aspek yang Dinilai	Kelompok Kontrol		Kelompok Eksperimen	
		Skor	%	Skor	%
1	Perencanaan berdasarkan diagnosa keperawatan:				
	a. Perencanaan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditegaskan	10	100	10	100
	b. Perencanaan keperawatan ditetapkan sesuai dengan urutan prioritas diagnosa	9	90	10	100
2	Perencanaan disusun menurut prioritas hirarki Maslow	10	100	10	100
3	Rumusan tujuan mengandung konmponen subjektif, perubahan perilaku, kondisi pasien dan atau kriteria :				
	a. Rumusan tujuan bersifat objektif	10	100	10	100
	b. Berfokus pada pasien	10	100	10	100
	c. Jelas dan singkat	8	80	10	100
	d. Dapat diukur dan diobservasi	10	100	10	100
	e. Waktu relatif dibatasi dengan jelas	10	100	10	100
	f. Realistik	10	100	10	100
	g. Mencakup kriteria keberhasilan sebagai dasar evaluasi	10	100	10	100

No	Aspek yang Dinilai	Kelompok Kontrol		Kelompok Eksperimen	
		Skor	%	Skor	%
4	Rencana tindakan mengacu pada tujuan :				
	a. Menggunakan kalimat perintah	8	80	10	100
	b. Melibatkan pasien/keluarga dalam menyusun rencana tindakan	-	-	-	-
	c. Mengetahui latar belakang budaya dan agama pasien	10	100	10	100
	d. Mengarah pada tujuan yang akan dicapai	8	80	9	90
	e. Tindakan bersifat spesifik dan realistik	10	100	10	100
	f. Dapat dimodifikasi	10	100	10	100
5	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien dan keluarga :				
	a. Ditentukan bersama oleh keluarga dan perawat	-	-	-	-
	b. Tindakan yang akan dilakukan dapat menjamin rasa aman dan nyaman pasien	10	100	10	100
6	Rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain :				
	a. Melibatkan tim kesehatan lain	9	90	10	100
	b. Memperhatikan lingkungan, sumber daya, dan fasilitas yang tersedia	9	90	10	100
	c. Memperhatikan kebijaksanaan dan peraturan yang berlaku	10	100	10	100
	d. Bahasa yang mudah dipahami	9	90	10	100
	Total	210	87,50	219	91,25

(Data primer, 2012)

Dari tabel 4.4 dapat disimpulkan bahwa dari 10 dokumen yang disusun oleh kelompok kontrol yang dinilai diketahui bahwa aspek yang dinilai telah sesuai dengan prosedur pendokumentasian tahap perencanaan keperawatan

didapatkan skor 210 atau 87,50%, sedangkan 10 dokumen yang disusun oleh kelompok eksperimen didapatkan skor 219 atau 91,25%.

Tabel 4.5.

Data Kualitas Dokumentasi Rencana Asuhan Keperawatan

	<b>Kel. Kontrol</b>	<b>Kel. Eksperimen</b>
Pengkajian keperawatan	118	119
Diagnosa keperawatan	109	120
Perencanaan keperawatan	210	219
Skor total	406	423
Prosentase	84,58	88,13

(Data primer, 2012)

Berdasarkan tabel 4.5 dokumentasi rencana asuhan keperawatan yang disusun oleh 10 mahasiswa dari kelompok kontrol mendapatkan skor 84,58% (kategori sangat baik), sedangkan dokumentasi rencana asuhan keperawatan yang disusun oleh 10 mahasiswa dari kelompok eksperimen mendapatkan skor 88,13% (kategori sangat baik).

6. Analisis data

Analisis data ini dilakukan untuk mengetahui lama waktu penyusunan asuhan keperawatan dari kelompok eksperimen dan kontrol apakah sama atau berbeda.

a. Uji Normalitas Lama Waktu Penyusunan Rencana Asuhan Keperawatan

Pada pengujian normalitas ini, dimaksudkan untuk mengetahui distribusi kenormalan untuk data dari kedua kelompok. Selain itu juga, pengujian ini untuk mengetahui langkah pengujian selanjutnya, apakah parametrik atau non parametrik.

Hasil dari pengujian terdapat pada tabel berikut ini dengan bantuan software SPSS ver 20 for windows.

Tabel 4.6.  
Uji Normalitas Lama Waktu

	Kelompok	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Lama waktu asuhan keperawatan	Kontrol	.223	10	.175	.926	10	.409
	Eksperimen	.220	10	.187	.949	10	.654

a. Lilliefors Significance Correction

Analisis:

1) Hipotesis

$H_0$  : data sampel berasal dari populasi yang berdistribusi normal

$H_1$  : data sampel tidak berasal dari populasi yang berdistribusi normal

2) Dasar pengambilan keputusan

Berdasarkan nilai signifikansi:

- Jika nilai signifikansi (sig) atau nilai probabilitas lebih besar dari 0,05 maka  $H_0$  diterima.
- Jika nilai signifikansi (sig) atau nilai probabilitas kurang dari 0,05 maka  $H_0$  ditolak.

3) Keputusan

Dari tabel di atas dapat dilihat untuk kelompok kontrol didapatkan nilai signifikansi pada uji Shapiro-Wilk yaitu 0,409.

Karena nilai signifikansi lebih besar dari 0,05 maka data dari kelompok kontrol berasal dari populasi yang berdistribusi normal. Sedangkan untuk kelompok eksperimen dengan uji Shapiro-Wilk diperoleh nilai signifikansi yaitu 0,654. Karena nilai signifikansi lebih besar dari 0,05 maka data dari kelompok eksperimen berasal dari populasi yang berdistribusi normal.

Hasil dari analisis data antara kelompok kontrol dan kelompok eksperimen adalah pada pengujian normalitas data didapatkan bahwa data kelompok kontrol dan kelompok eksperimen mengikuti populasi yang berdistribusi normal. Untuk mengetahui asumsi awal kedua

kelompok sama, akan dilakukan uji kesamaan rata-rata dua kelompok tersebut. Pada pengujian ini telah mempunyai asumsi bahwa data unuk kelompok kontrol dan kelompok eksperimen mengikuti populasi yang berdistribusi normal.

b. Uji Homogenitas Lama Waktu Penyusunan Rencana Asuhan Keperawatan

Selanjutnya akan dilakukan prosedur pengujian secara parametrik menggunakan statistik uji beda. Asumsi kehomogenitasan juga harus dipenuhi untuk melakukan pengujian dengan uji beda.

Dengan bantuan software SPSS ver 20 for windows, didapatkan tabel sebagai berikut:

Tabel 4.7.  
Uji Homogenitas Lama Waktu

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Lama waktu asuhan keperawatan	Based on Mean	.698	1	18	.415
	Based on Median	.657	1	18	.428
	Based on Median and with adjusted df	.657	1	17.852	.428
	Based on trimmed mean	.713	1	18	.410

Analisis :

1) Hipotesis.

$H_0$  : varians kelompok kontrol dan kelompok eksperimen sama.

$H_1$  : varians kelompok kontrol dan kelompok eksperimen berbeda.

2) Dasar pengambilan keputusan

Berdasarkan nilai signifikansi:

- Jika nilai signifikansi (sig) atau nilai probabilitas lebih dari 0,05 maka  $H_0$  diterima.
- Jika nilai signifikansi (sig) atau nilai probabilitas kurang dari 0,05 maka  $H_0$  ditolak.

## 3) Keputusan

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa nilai statistik levene adalah 0,698 dengan nilai signifikansinya adalah 0,415. Karena nilai signifikansi lebih besar dari 0,05 maka  $H_0$  diterima, atau varians data kelompok kontrol dan kelompok eksperimen adalah sama.

## c. Uji Hipotesis Lama Waktu Penyusunan Rencana Asuhan Keperawatan

Setelah terpenuhi asumsi-asumsi data berdistribusi normal, sebaran data homogen, dan sampel diambil secara acak. Penggunaan uji beda independen. Selanjutnya akan dilakukan pengujian secara parametrik menggunakan statistik uji beda independen. Dengan bantuan software SPSS ver 20 for windows, didapatkan tabel sebagai berikut:

Tabel 4.8.

## Uji Beda (Independent t-test) Lama Waktu

		Lama waktu asuhan keperawatan	
		Equal variances assumed	Equal variances not assumed
Levene's Test for Equality of Variances	F	.698	
	Sig.	.415	
t-test for Equality of Means	t	22.279	22.279
	df	18	17.713
	Sig. (2-tailed)	.000	.000
	Mean Difference	42.90000	42.90000
	Std. Error Difference	1.92556	1.92556
	95% Confidence Interval of the Difference	Lower	38.85455
		Upper	46.94545

Analisis :

1) Hipotesis.

$H_0$  : rata-rata lama waktu penyusunan asuhan keperawatan kelompok kontrol sama dengan kelompok eksperimen.

$H_1$  : rata-rata lama waktu penyusunan asuhan keperawatan kelompok kontrol lebih baik dibandingkan dengan keperawatan kelompok eksperimen.

2) Dasar pengambilan keputusan

Berdasarkan nilai signifikansi:

- Jika nilai signifikansi (sig) atau nilai probabilitas lebih dari 0,05 maka  $H_0$  diterima.
- Jika nilai signifikansi (sig) atau nilai probabilitas kurang dari 0,05 maka  $H_0$  ditolak.

3) Keputusan

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa nilai signifikansinya adalah 0,000. Karena nilai signifikansi kurang dari 0,05 maka  $H_0$  ditolak, atau terdapat beda antara rata-rata lama waktu penyusunan asuhan keperawatan kelompok kontrol dengan keperawatan kelompok eksperimen. Melalui deskriptif statistik bahwa rerata (mean) lama waktu penyusunan asuhan keperawatan kelompok kontrol lebih lama dibanding kelompok eksperimen.

d. Uji Hipotesis Kualitas Rencana Asuhan Keperawatan

Kualitas rencana asuhan keperawatan diuji dengan menggunakan *Mann-Whitney test*. Dengan bantuan software SPSS ver 20 for windows, didapatkan tabel sebagai berikut:

Tabel 4.9.

## Uji Analisis Kualitas Rencana Asuhan Keperawatan

	Kualitas rencana asuhan keperawatan
Mann-Whitney U	5,500
Wilcoxon W	60,500
Z	-3,477
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,000 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: Kelompok

b. Not corrected for ties.

Analisis :

1) Hipotesis.

$H_0$  : kualitas rencana asuhan keperawatan kelompok kontrol sama dengan kelompok eksperimen.

$H_1$  : kualitas rencana asuhan keperawatan kelompok kontrol lebih baik dibandingkan dengan keperawatan kelompok eksperimen.

2) Dasar pengambilan keputusan

Berdasarkan nilai signifikansi:

- Jika nilai signifikansi (sig) atau nilai probabilitas lebih dari 0,05 maka  $H_0$  diterima.
- Jika nilai signifikansi (sig) atau nilai probabilitas kurang dari 0,05 maka  $H_0$  ditolak.

3) Keputusan

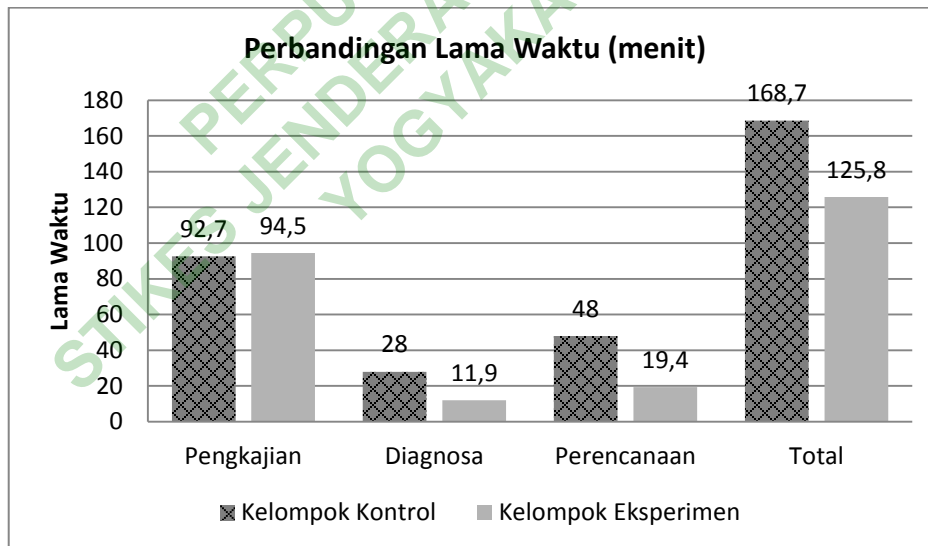
Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa nilai signifikansinya adalah 0,001. Karena nilai signifikansi kurang dari 0,05 maka  $H_0$  ditolak, atau terdapat beda antara kualitas rencana asuhan keperawatan kelompok kontrol dengan keperawatan kelompok eksperimen. Melalui deskriptif statistik bahwa rerata (mean) kualitas rencana asuhan keperawatan kelompok kontrol lebih baik dibanding kelompok eksperimen.

## B. Pembahasan

### 1. Lama Waktu Penyusunan Rencana Asuhan Keperawatan

Dokumentasi keperawatan mencakup proses keperawatan yang terdiri atas: pengkajian, identifikasi masalah atau diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, dan evaluasi keperawatan (Handayaningsih, 2009).

Pada penelitian ini dokumentasi keperawatan dibatasi hanya mencakup pengkajian, diagnosa keperawatan, dan perencanaan tindakan. Pengkajian yang dilakukan oleh kelompok kontrol menggunakan format yang sudah disediakan. Hal ini memudahkan mahasiswa untuk melakukan pengkajian secara urut, sistematis, dan lengkap karena sudah diarahkan sesuai dengan format. Sedangkan kelompok eksperimen menggunakan prototipe sistem dokumentasi asuhan keperawatan. Sebelum penelitian, dilakukan pelatihan menggunakan prototipe sistem dokumentasi asuhan keperawatan pada kelompok eksperimen.



Gambar 4.1. Grafik Perbandingan Rata-Rata Lama Waktu

Dari hasil analisa data, lama waktu yang dibutuhkan untuk menyusun pengkajian keperawatan oleh kelompok kontrol adalah 92,7 menit. Perhitungan waktu tersebut diperoleh dari hasil observasi rencana asuhan keperawatan tahap pengkajian yang meliputi pengisian data pasien, pola fungsional Gordon, sampai pemeriksaan penunjang. Dokumentasi pada tahap

ini dilakukan dengan tulis tangan pada format yang sudah disediakan oleh peneliti dalam bentuk narasi atau isian singkat.

Pada kelompok eksperimen lama waktu yang dibutuhkan untuk menyusun pengkajian keperawatan adalah 94,5 menit. Perhitungan waktu tersebut diperoleh dari hasil observasi rencana asuhan keperawatan tahap pengkajian yang meliputi pengisian data pasien, pola fungsional Gordon, sampai pemeriksaan penunjang. Dokumentasi pada tahap ini dilakukan dengan prototipe sistem dokumentasi asuhan keperawatan atau mengetik dengan *keyboard* dalam bentuk narasi atau isian singkat.

Dari hasil analisa data, lama waktu yang dibutuhkan dalam menyusun diagnosa keperawatan oleh kelompok kontrol adalah 28 menit, sedangkan kelompok eksperimen adalah 11,9 menit. Hal ini karena kelompok kontrol harus mencari diagnosa keperawatan yang sesuai dengan masalah pada buku referensi, sedangkan kelompok eksperimen memilih diagnosa keperawatan pada daftar diagnosa keperawatan NANDA yang telah disediakan di bagian samping data pengkajian.

Dari hasil analisa data, lama waktu yang dibutuhkan dalam menyusun perencanaan tindakan oleh kelompok kontrol adalah 48 menit, sedangkan kelompok eksperimen adalah 19,4 menit. Hal ini karena kelompok kontrol harus mencari tujuan keperawatan dan tindakan keperawatan yang sesuai dengan diagnosa keperawatan pada buku referensi, sedangkan kelompok eksperimen memilih tujuan keperawatan dan tindakan keperawatan yang sudah tersedia sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah dipilih, sehingga kelompok eksperimen membutuhkan waktu lebih sedikit daripada kelompok kontrol.

Setelah dilakukan perhitungan pada data hasil penelitian, terdapat sebuah kesimpulan bahwa penerapan prototipe sistem dokumentasi asuhan keperawatan ternyata dapat meningkatkan lama waktu penyusunan rencana asuhan keperawatan secara signifikan ( $p < 0,05$ ). Peningkatan tersebut dapat dilihat dari perolehan nilai rata-rata antara kelompok eksperimen yang lebih tinggi dari kelas kontrol. Rata-rata lama waktu yang dibutuhkan kelompok

kontrol untuk menyusun rencana asuhan keperawatan adalah 168,7 menit, sedangkan kelompok eksperimen adalah 125,8 menit.

Hasil penelitian ini berbeda dengan pernyataan Kamaluddin (2003) bahwa pendokumentasian dengan menggunakan *software* komputer lebih lama dibandingkan dengan manual karena faktor perangkat dari komputer yaitu printer dengan model lama yang masih menggunakan pita yaitu printer model Epson LX 300. Sedangkan pada penelitian ini dokumen asuhan keperawatan tidak dicetak karena keterbatasan *software* yang digunakan. Oleh karena itu, penyusunan rencana asuhan keperawatan secara manual menjadi lebih lama dibandingkan penyusunan rencana asuhan keperawatan dengan menggunakan *software*.

Terdapat beda lama waktu penyusunan dokumentasi tahap pengkajian ini yaitu pada kelompok eksperimen lebih lama dibandingkan kelompok kontrol. Hal ini berbeda dengan penelitian Mangan & Velay (1998) yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan utama antara gerakan yang terlibat dalam tulisan tangan dan ketikan, berkaitan dengan kecepatan proses. Tulisan tangan biasanya lebih lambat dan lebih melelahkan daripada ketikan. Setiap stroke (huruf) digambarkan dalam sekitar 100 ms. Dalam mengetik, huruf ditampilkan seketika dan rata-rata waktu antara dua sentuhan adalah sekitar 100 ms (para ahli). (Gentner, 1983 *cit* Mangan & Vela, 1998) Selain itu tulisan tangan terjadi dalam ruang yang sangat terbatas, secara harfiah, pada titik akhir dari pena, tempat tinta mengalir keluar dari pena. Perhatian penulis terkonsentrasi ke titik tertentu dalam ruang dan waktu. Sebagai perbandingan, ketikan dibagi menjadi dua ruang yang berbeda: ruang motor, misalnya, *keyboard*, di mana tindakan penulis, dan ruang visual, misalnya, layar, dimana penulis merasakan hasil proses penulisan itu. Oleh karena itu, perhatian terus beresilasi antara dua ruang *spatiotemporally* yang berbeda, sebaliknya, dua ruang tersebut bergabung dalam tulisan tangan (Mangan & Vela, 1998).

Penelitian yang dilakukan oleh Yu, P. (2006) menunjukkan bahwa terdapat peningkatan dalam hal waktu yang dibutuhkan, aksesibilitas, dan legibilitas dokumentasi asuhan keperawatan. Selain itu, tidak ada perbedaan

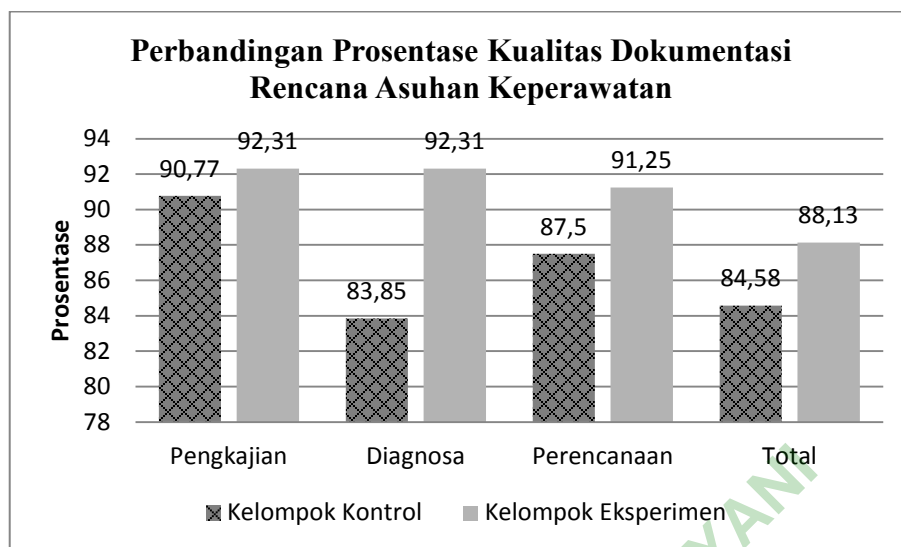
yang signifikan antara kelompok yang menyusun secara manual dengan yang menggunakan *software* berdasarkan pada jenis kelamin, usia, jabatan, dan pengalaman kerja, maupun ketrampilan khusus berkomputer. Tetapi hal yang harus dimiliki oleh perawat adalah ketrampilan dasar berkomputer agar dapat beradaptasi menggunakan *software* tersebut.

Penelitian oleh Moody, Elaine, Bruce, & Donna. (2004) tentang *Electronic Health Records Documentation in Nursing* di *Magnet Hospital* di Florida menunjukkan bahwa program *electronic health record* (HER) memudahkan dan mempercepat pendokumentasian asuhan keperawatan. Dengan sistem ini perawat lebih dapat menghemat waktu dan perawat akan lebih sering berada di samping pasien.

## 2. Kualitas Dokumentasi Rencana Asuhan Keperawatan

Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu (klien). Oleh karena itu pengkajian yang benar, akurat, lengkap, dan sesuai dengan kenyataan sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respons individu (Nursalam, 2011).

Hasil analisa data kualitas dokumentasi rencana asuhan keperawatan tahap pengkajian menunjukkan bahwa kelompok eksperimen mendokumentasikan data pengkajian lebih lengkap dibandingkan dengan kelompok kontrol. Pada tahap pengkajian ini terdapat aspek yang tidak dapat dinilai pada item nomor 5 yaitu “data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang”. Hal ini karena kasus simulasi dilakukan pada mahasiswa guna menyusun dokumentasi asuhan keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosa keperawatan, dan hanya sampai perencanaan.



Gambar 4.2. Grafik Perbandingan Prosentase Kualitas Dokumentasi Rencana Asuhan Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan sebuah pernyataan singkat dalam pertimbangan perawat untuk menggambarkan respon klien pada masalah kesehatan baik aktual maupun risiko. Kunci perumusan yang tepat pada diagnosa keperawatan adalah memakai proses pemecahan masalah yang meliputi problem, etiologi, dan *sign* atau *symptom* (Nursalam, 2011).

Hasil analisa data kualitas dokumentasi rencana asuhan keperawatan tahap diagnosa keperawatan menunjukkan bahwa kelompok eksperimen mendokumentasikan data pengkajian lebih lengkap dibandingkan dengan kelompok kontrol. Pada tahap ini terdapat aspek yang tidak dapat dinilai pada item nomor 2.e. yaitu “berubah bila respon pasien berubah”. Hal ini karena kasus simulasi yang disusun adalah gambaran klien pada satu waktu.

Perencanaan merupakan penghubung antara diagnosa keperawatan dengan intervensi keperawatan, dituliskan sedemikian rupa sehingga perawat dapat memilih dan memprioritaskan masalah yang paling berpengaruh terhadap peningkatan, pemeliharaan, dan perbaikan status kesehatan klien. Data ini diperoleh dari keluhan klien dan menggambarkan intervensi keperawatan terhadap pengobatan suatu penyakit (Nursalam, 2011).

Hasil analisa data kualitas dokumentasi rencana asuhan keperawatan tahap perencanaan keperawatan menunjukkan bahwa kelompok eksperimen

mendokumentasikan data pengkajian lebih lengkap dibandingkan dengan kelompok kontrol. Pada tahap ini terdapat aspek yang tidak dapat dinilai pada item nomor 4.b. yaitu “melibatkan pasien/keluarga dalam menyusun rencana tindakan” dan item nomor 5.a. yaitu “ditentukan bersama oleh keluarga dan perawat”. Hal ini karena kasus simulasi dilaksanakan pada mahasiswa secara sendiri-sendiri.

Hasil analisa data kualitas dokumentasi rencana asuhan keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosa keperawatan, dan perencanaan pada tabel 4.5. menunjukkan bahwa prosentase kelompok kontrol lebih rendah daripada kelompok eksperimen. Meski demikian, kualitas dokumentasi rencana asuhan keperawatan kedua kelompok tersebut termasuk dalam kategori sangat baik. Hal ini karena kualitas dokumentasi rencana asuhan keperawatan diobservasi dari sisi kelengkapannya yang kemudian dianalisis sesuai lembar observasi.

Penelitian oleh Moody, Elaine, Bruce, & Donna (2004) menunjukkan bahwa program *electronic health record* (EHR) dapat meningkatkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan dan meningkatkan keselamatan dan perawatan pasien.

Penelitian Ammenwerth, Rauchegger, Ehlers, Hirsch, & Schaubmayr (2010), menunjukkan peningkatan signifikan kuantitas dan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di berbagai area. Hasil penelitian menunjukkan bahwa peningkatan terjadi pada mulai dari proses anamnesis pasien, perencanaan tindakan, sampai ketersediaan dan kelengkapan dokumentasi. Selain itu waktu yang dibutuhkan untuk menyusun dokumentasi asuhan keperawatan menjadi lebih singkat.

### **C. Keterbatasan Penelitian**

1. Simulasi dilakukan pada mahasiswa, sehingga dalam observasi kualitas dokumentasi rencana asuhan keperawatan ada beberapa item yang tidak dapat dinilai seperti item yang dinilai dari keterlibatan pasien/keluarga dalam menyusun rencana tindakan.
2. Observasi kualitas dokumentasi rencana asuhan keperawatan hanya dari sisi kelengkapan, sehingga keakuratan data tidak teridentifikasi.

PERPUSTAKAAN  
STIKES JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA